\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

meno, priezvisko – zákonný zástupca, adresa trvalého pobytu

**Žiadosť o ukončenie dochádzky do MŠ**

Meno a priezvisko dieťaťa..........................................................nar.........................................

od.....................................

**Dôvod:**

1. zo zdravotných dôvodov od.................................................................................................
2. z rodinných dôvodov od.......................................................................................................
3. iné.........................................................................................................................................

Dátum.....................................

................................................................

podpis zákonného zástupcu